

Олійник М.Г., Бакун О.В., Басюк К.А.

ВПЛИВ УСКЛАДНЕНЬ ПІЕЛОНЕФРИТУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Пієлонефрит - неспецифічний, інфекційно-запальний процес з переважним та першочерговим ураженням інтерстиційної тканини, стінок чашково-мискової системи і каналців нирок, з наступним втягненням клубочкового і судинного апарату.

Проаналізували різні патологічні стани, що спричинили, чи могли спричинити розвиток загострення хронічного пієлонефриту у вагітних. Серед них: аномалії розвитку нирок, гломерулонефрит, гіпертонічна хвороба, сечокам'яна хвороба, прееклампсія, стентування та ін. За даними проведеного ретроспективного аналізу історій пологів породіль, які під час вагітності перехворіли на ускладнений пієлонефрит, на території Чернівецької області було отримано наступні кількісні характеристики: загальна кількість випадків ускладнених нефрологічних захворювань в період 2010-2013 років складала 87; співвідношення розглянутих захворювань виглядало наступним чином: пієлонефрит – 78,16%; гломерулонефрит – 9,1%; інші – 12,74%. Більшу частку всіх фонових станів, що сприяють розвитку загострення хронічного пієлонефриту, становлять аномалії розвитку нирок (51%), серед них найчастіше – єдина ліва нирка (34%). Переважна більшість вагітних була віком 21-25 років (50,6%).

Також відмітимо той факт, що кількість жительок сільської місцевості переважала над кількістю міських. У 43% вагітних була A(I) група крові і у 81% - Rh +. Паритет вагітності: частіше зустрічалося загострення у першовагітних (57%).

Проаналізували різні групи збудників хронічного пієлонефриту у вагітних: *Ar. Piogenes*, *Streptococcus spp.*, *E. coli*, *Candida albicans*, *St. aureus*, *Enterobacter aerogenus*, *S. Haemolyticus*, *S. epidermidis*. Виявили ефективність антибактеріальної терапії у вагітних з ускладненим пієлонефритом: негативні результати бактеріологічного дослідження сечі в динаміці після закінчення курсу антибіотикотерапії. Зникнення чи значне зменшення вираженості клінічних проявів захворювання: негативний с-м Пастернацького, зникнення болю в поперековій ділянці, нормалізація температури тіла та зменшення інтенсивності інших загальноклінічних симптомів.

Остапчук К.В.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПЛАЦЕНТ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

В патогенезі плацентарної дисфункції (ПД) провідну роль відіграє зниження матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу, затримка у формуванні котиледонів.

Нами проведено морфометричне дослідження плацент від 30 породіль, вагітність яких протікала на фоні плацентарної дисфункції (основна група) та від 25 породіль з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) в терміні гестації 36-40 тижнів.

При дослідженні плацент використані методичні рекомендації по стандартизації методів морфометрії плаценти, запропоновані А.П.Міловановим і А.І.Брусилівським. Оцінивши форму плацент, ми встановили, що у жінок, перебіг вагітності яких ускладнювався ПД, плаценти мали округлу форму у 7 (28%) випадках, у той час як у жінок з фізіологічним перебігом вагітності у 19 (63,3%) відповідно 18 (72%) досліджуваних плацент жінок основної групи мали овальну форму, у контролі – 11 (36,7%).

Вивчаючи варіанти прикріплення пуповини ми встановили, що при ПД центральне її прикріплення мало місце лише у 8 (32%) породіль, а у жінок з фізіологічним перебігом вагітності воно відмічено у 18 (60%). Бокове прикріплення пуповини спостерігалось у 13 (52%) вагітних основної групи, тоді як у контрольній групі даний варіант прикріплення фіксувався лише у кожній третій жінки – 10 (33,3%). Звертає на себе увагу високий відсоток крайового прикріплення плаценти у жінок з ПД у порівнянні з контрольною групою - 4 (16%) проти 2 (6,8%).

Середня маса плаценти у пацієнок з ПД склала $388,58 \pm 12,4$, в контрольній групі – $492,8 \pm 24,4\%$ ($p < 0,05$). Середня площа плаценти у породіль основної групи $241,21 \pm 5,16$ см², в контрольній групі – $234,8 \pm 5,2^2$ см, також спостерігалась тенденція до потоншення плацент - $1,77 \pm 0,2$ см та $1,9 \pm 0,4$ см.

Плацентарно-плодовий коефіцієнт (ППК) складав в основній групі $0,138 \pm 0,003$, в контрольній групі – $0,159 \pm 0,009$, що свідчить про зниження об'єму плацентарної тканини на одиницю маси тіла новонародженого при ПД.

Аналіз морфометричних особливостей плацент показав, що у жінок з ПД плаценти відрізняються за формою, серед яких переважає овальна. У них частіше спостерігається ексцентричне прикріплення пуповини, видиме сплюснення та потоншення посліду, яке відображає зменшення маси, площі та товщини плаценти.